

ESTUDIO

FORTALECIMIENTO DEL SECTOR PRIVADO: UNA ALTERNATIVA PARA LA SALUD*

Harald Beyer**
José Ignacio Bordalí***

Los autores estudian la evolución y comportamiento de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) a partir de su creación, el año 1981. Analizan, además, las críticas de que han sido objeto estas organizaciones. Finalmente, estudian el sistema global de salud en Chile, la situación de las ISAPRES en este contexto y proponen un sistema de financiamiento basado en bonos (*vouchers*) de salud que permitiría al sector privado participar más activamente en la provisión de servicios de salud, mejorando de paso la atención y prestación de salud y eliminando la actual ineficiencia e ineficacia del sistema público.

1. Aspectos Conceptuales y Antecedentes

No cabe duda que el tema de la salud ha sido ampliamente debatido en los últimos años. La discusión no se ha centrado en un aspecto en particular, sino que ha abarcado las más diversas áreas. De este modo, constituyen motivo de ardua polémica: la evolución de los indicadores de

* Se agradecen los comentarios de Favio Valdés. Como es obvio, los errores que puedan persistir son de los autores.

** Ingeniero Comercial de la Universidad de Chile.

*** Ingeniero Comercial de la Universidad de Chile

salud, la calidad de la atención prestada, la asignación de recursos en salud y el tema abordado en este estudio, la privatización de la salud. En general, la discusión no se centra en un tema específico, sino que los abarca todos, impidiendo, de esta forma, un análisis ordenado de la situación de la salud. Además, el debate al respecto no está exento de juicios de valor, lo que es lógico si se considera que lo que está en el tapete es la calidad de atención que debiera otorgarse, qué entidad debiera darla y los recursos que deben asignarse en salud a costa de otros programas, inversión o consumo privado.

Este trabajo pretende contribuir al debate, entregando información respecto de la evolución del sistema privado de salud, concretamente de las ISAPRES. También son presentadas y analizadas las críticas que se estiman de importancia. Finalmente, se investigan las perspectivas de las instituciones privadas de salud. Esto último no es independiente del esquema de financiamiento propuesto, que, como se verá, alienta la competencia y la provisión del servicio de salud por parte del sector privado.

Cualquiera sea el análisis que se desee realizar en salud, resulta imprescindible estudiar las razones que determinan la existencia de una demanda por atención médica. Al respecto, no cabe duda de que en primer lugar la salud es demandada por constituir un bien que le permite al individuo realizarse como persona, ya que sin ella, ésta no puede desenvolverse adecuadamente. También, la salud contribuye a determinar la capacidad productiva del hombre, permitiéndole generar ingresos que contribuyen a satisfacer sus anhelos. Por lo tanto, la salud es demandada por sí misma, constituyéndose en un bien de inversión. En este sentido el gasto realizado en salud deber ser evaluado no sólo como indispensable para satisfacer una necesidad, sino que también como una de las principales inversiones que puede hacer una persona para incrementar o, al menos, mantener su capacidad productiva, no deteriorando la inversión realizada en capital humano, esto es, no disminuyendo el stock de capacidades que posee el individuo.

Indudablemente que para la sociedad como un todo el incremento de las capacidades productivas de sus miembros tiene un beneficio, siendo éste el aumento en la riqueza potencial del país que, en principio, beneficia a todos los integrantes de esa sociedad. Básicamente, estas razones explican la existencia de una demanda por atención médica. El proyecto de atenderse médicamente es rentable en la medida que los beneficios del proyecto superen a los costos. Estos últimos vienen dados, principalmente, por los costos pecuniarios de recibir tratamiento especializado con todo lo que ello involucra. Los beneficios, por otra parte, se reflejan en el aumento del valor presente del flujo de ingresos que resulta del aumento en las

capacidades productivas de una persona o en su defecto, en el flujo de ingresos que la persona dejaría de obtener si no se atiende médicamente y ve disminuidas sus capacidades. Obviamente, si el proyecto de atención médica apunta a salvar una vida, los beneficios son infinitos y, en principio, el proyecto es muy rentable.

La demanda por prestaciones de salud no es ilimitada, sino que se encuentra condicionada por la riqueza o disponibilidad de recursos de una persona o de una sociedad. También hay que tener presente que existen otras necesidades y otras inversiones rentables, además de la salud, y por ello, cabe esperar que un individuo u organización social asigne sus recursos de acuerdo a prioridades, utilizando algún mecanismo previamente definido para ese efecto. El hecho de que los recursos sean limitados impone una atención médica eficiente, independientemente de quien la preste. Es común escuchar el argumento de que en salud no se puede hablar de eficiencia porque son vidas humanas las que están en juego. El que osa sostener este argumento, de lo necesario de la eficiencia en la atención de salud, es tildado inmediatamente de economicista y se le descalifica en un diálogo. Sin embargo, hay que tener presente que el principio de eficiencia en salud apunta a la maximización de la cantidad y calidad de los servicios médicos prestados dado un nivel de recursos y esto no es moralmente inaceptable en un contexto de recursos escasos por definición. De hecho, una mala utilización de los recursos, por muy abundantes que éstos sean, puede, eventualmente, tronchar más vidas que un nivel de recursos inferior, pero bien utilizados.

Una vez definidos los recursos que se desea destinar a salud, éstos pueden distribuirse al interior del sector de distintas maneras. Estas están determinadas por los montos que se decida asignar a los diferentes niveles de atención. Estos están claramente diferenciados y se pueden clasificar en primario, secundario y terciario. El primero de los mencionados se refiere a aquellas atenciones que posibilitan detectar precozmente una enfermedad, logrando así una recuperación total de la salud del individuo. Este nivel de atención actúa, por lo tanto, preventivamente, es de bajo costo y tiene importantes beneficios para el paciente. En el nivel secundario, la persona tratada requiere de un especialista en algún área de la medicina siendo el costo de atención mayor. Por último, el nivel terciario está orientado a un menor número de enfermos afectados por patologías más complejas. Esta atención es de alto costo, permitiendo recuperar la salud de unos pocos por un período breve. Obviamente, para cada individuo y para la sociedad como un todo es más conveniente y, por lo tanto, eficiente, que las acciones en salud se centren en el nivel preventivo. Los individuos, de por sí, están incentivados a recibir atenciones preventivas porque de esta

forma el proyecto de atención médica es más rentable. Sin embargo, también es necesario que la oferta de salud esté incentivada a actuar preventivamente, de modo de reducir costos de transacción e información haciendo posible que demanda y oferta se coordinen.

Lo descrito más arriba es de suma importancia porque constituye uno de los pilares fundamentales en la concepción del sistema de ISAPRES. Esto es, que estas instituciones son capaces de ofrecer atenciones de salud tales que maximizan el proyecto de atención médica en términos de recursos y de calidad de salud al centrarse, teóricamente, en la atención preventiva. Como veremos más adelante, esto último no se cumple por restricciones de tipo legal.

Hasta aquí se han esbozado las razones que respaldan la existencia de una demanda por atención médica y la razón de que ésta sea limitada. Por ello, la pregunta que surge espontáneamente es ¿cómo se financia esa demanda de salud? En principio, se puede responder que corresponde a aquellos que desean medicarse financiar las atenciones que reciben. Pero, frecuentemente los individuos no están en condiciones de cancelar las atenciones médicas porque, pese a ser el proyecto de salud rentable, sus limitados ingresos corrientes son destinados a necesidades más urgentes. Esto impide emprender el proyecto o, al menos, la persona no puede destinar un monto de recursos óptimo a él. En principio, y dados los beneficios que reporta al individuo la atención médica, éste podría endeudarse para financiar su salud, pagando el costo de ella con los mayores ingresos que obtendría por el incremento en sus capacidades productivas. Sin embargo, el mercado de capitales exige garantías ajenas al proyecto para otorgar un crédito y las familias o individuos de escasos recursos carecen, generalmente, de esas garantías. Por otra parte, el beneficio de atenderse profesionalmente debería permitir acceder al crédito "hipotecando" el capital humano que se pone en juego si no se recibe atención médica. Claro que este tipo de garantías no es aceptado por nuestra sociedad. Sólo en contados casos se observa la existencia de hipotecas sobre el capital humano.¹

Si los individuos más pobres no pueden financiar su atención médica surge la interrogante de quién lo hace. En Chile el Estado ha intervenido para solucionar la situación de los más pobres. La forma en que lo ha hecho ha sido a través del cobro de impuestos que luego se destinan

¹ Un ejemplo de ellas lo constituye el pase de los jugadores de fútbol. Debemos esta observación a Gerardo Jofré.

a financiar gasto público en salud y otros bienes y servicios. Indudablemente, esto se hace a costa de mayor crecimiento, porque los impuestos desincentivan el esfuerzo.² Alternativamente, se podría pensar que en un orden social libre existiría una moral tal que motivaría a las personas a ayudar a aquellos que necesiten apoyo. Por otra parte, hay que tener presente que una persona necesitada no tiene el derecho a la ayuda de otra. Quizás, ésta debería ayudar a la persona necesitada, pero no tiene la obligación de hacerlo. En este sentido, se viola un derecho personal al exigir coercitivamente, vía impuestos, la ayuda de una persona para beneficiar a otra. Sólo la primera tiene un derecho sobre ese dinero.³

Independientemente de lo señalado en el párrafo anterior, la participación del Estado en las acciones de salud ha sido creciente. El Cuadro N° 1 permite corroborar lo afirmado. Como se puede apreciar, el gasto social, como porcentaje del PGB, ha ido creciendo en el tiempo.

La participación del Estado en la salud se remonta a 1924, año en que, después de largos debates, se promulga la Ley del Seguro Obrero Obligatorio (Ley N° 4.054 que incorporó la atención médica del asegurado, junto a los beneficios económicos de vejez e invalidez). En 1935 se amplía la atención curativa a la cónyuge y a los hijos de hasta dos años del imponente.

Tres años más tarde, en el año 1938, se aprobaba la Ley de Medicina Preventiva (Ley N° 6.174), estableciendo para todos los trabajadores, tanto obreros como empleados afiliados a alguna institución previsional, el examen sistemático de salud y el reposo preventivo, período este último durante el cual se les mantenía además el sueldo. En 1952 se promulga la Ley N° 10.383 que modifica la del Seguro Obrero Obligatorio y crea además el Servicio de Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud. Este último quedó a cargo de la ejecución de las prestaciones médicas que se establecen para los imponentes y sus familias.

En el año 1968 se promulga la Ley de Medicina Curativa para Empleados que regula la asistencia médica y dental. Esta Ley encomendó al Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) la administración de este sistema de atención médica. Las prestaciones

² Al respecto, véase G. Jofré, "Monto óptimo del Gasto Social", *Estudios Públicos*, 18 (otoño 1985). 227-251.

³ Para una discusión más detallada de este punto, véase G. Harman, "Libertarianism and Morality", Tibor Machan, ed., *The Libertarian Reader* (Totowa, New Jersey. Rowman and Littlefield, 1982), pp. 226-234.

médicas definidas por la ley eran financiadas por el Estado en proporciones que fluctuaban entre un 50 y 70 por ciento de su valor. Dichas prestaciones podían ser entregadas por el SERMENA o bien a través de un sistema denominado "de libre elección". En él, el beneficiario tenía la facultad de elegir los médicos, laboratorios u hospitales que estimara más convenientes para su atención.

Cuadro N° 1

Participación del Gasto Social como Porcentaje del PGB

Año	Gasto Fiscal Social (% del PGB)	Salud Pública Asistencia Social y Trabajo (% del Gasto Fiscal Social)
1905	1,1	
1910	1,3	
1915	1,2	
1920	1,0	
1925	2,1	
1930	2,7	
1935	2,8	25,6
1940		
1945	4,4	12,1
1950		
1955	6,0	14,0
1960	8,6	25,7
1965	10,0	20,1
1970	10,5	22,2
1975	10,3	25,0
1980	10,3	31,5
1985	15,2	29,3
1987	22,1	

Fuente: José Pablo Arellano, *Políticas Sociales y Desarrollo*. (Santiago: Cieplan, 1985), p. 30

Banco Central, *Boletín Mensual* (varios números).

Luego, durante este gobierno, en el año 1977, se reestructura el sistema de salud estatal, redefiniéndolo en tres niveles:

1. Función normativa y fiscalizadora radicada en el Ministerio de Salud.

2. Función financiera a cargo del Fondo Nacional de Salud.

3. Función ejecutora de acciones médicas, a cargo de 27 servicios de salud distribuidos a lo largo del país, constituyendo, en el papel, entidades autónomas en su gestión.

Claramente, después de esta breve revisión histórica queda de manifiesto cómo se fue acrecentando a lo largo del tiempo la participación del Estado en el financiamiento y prestación de los servicios de salud. La participación privada en la oferta de salud era ínfima, no representando más del 18% de la oferta total. Incluso el sistema de libre elección era administrado por el Estado, aunque la oferta se canalizara a través del sector privado. Hasta 1980, entonces, la administración del sector salud era exclusiva del Estado y sólo con el nacimiento de la Reforma Previsional se modifica esta situación. La dictación del D.F.L. N° 3.626 de febrero de 1981 otorga al trabajador la posibilidad de canalizar su cotización obligatoria para salud en instituciones privadas diferentes al Fondo Nacional de Salud.

Luego, el 27 de abril de 1981, se dicta el D.F.L. N° 3 del Ministerio de Salud que reglamenta la disposición contenida en el D.F.L. mencionado más arriba, permitiéndose, de esta forma, el nacimiento de un nuevo subsistema de atención médica compuesto por las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES.

Resumidamente conviene revisar el marco jurídico en el que se desenvuelven las ISAPRES. La norma define a las ISAPRES como entes destinados a canalizar y administrar las cotizaciones previsionales para salud en forma alternativa al Fondo Nacional de Salud. Esta definición cobra especial relevancia, toda vez que clasifica a estas instituciones como cualquiera otra institución del mercado de seguros. Vale decir, son entes intermediarios y, por ello, no necesariamente deben disponer de infraestructura para realizar atención médica. Por otra parte, la norma (D.F.L. N° 3) establece que es FONASA el encargado de supervigilar y controlar el sistema de atención médica privado. Curiosamente es un organismo competidor de las ISAPRES el fiscalizador de su acción.⁴

⁴ Actualmente se está estudiando un proyecto de ley que crea una Superintendencia.

Asimismo, la ley establece los requisitos mínimos que deben reunirse para constituir una ISAPRE. Estos son los siguientes:

—Acreditación y mantención de un capital mínimo equivalente a UF 2.000 a enterarse en el momento de solicitud de registro en FONASA.

—Constitución y mantención en FONASA de una garantía equivalente a un mes de cotizaciones percibidas.

En otro ámbito, las ISAPRES están obligadas por ley a otorgar, como mínimo todas las prestaciones contempladas en la Ley 18.469 de 1986. Además, deben satisfacer todas las prestaciones económicas que establece el D.F.L. N° 44 referido a los subsidios de incapacidad laboral. Las prestaciones de salud orientadas a la recuperación de la salud por causas de enfermedad común son libremente establecidas en el contrato que las partes firman al momento de afiliarse el trabajador a una ISAPRE. Con respecto a los plazos del contrato, la ley establece que la duración mínima de los contratos es de 12 meses para la Institución de Salud Previsional y de sólo un mes para el trabajador.

Por último, existe un precio mínimo de cotización obligatoria para salud, el que alcanza actualmente a un 7 por ciento de la renta imponible del trabajador con un tope de UF 60.

En este punto, y antes de entrar de lleno a la evolución y situación de las ISAPRES, conviene explicar al lector, brevemente, cómo funciona actualmente la atención de salud en nuestro país. Para ello conviene señalar que los demandantes de prestaciones de salud pueden clasificarse, básicamente, en dos grupos: a) las familias que tienen un sistema previsional de salud y b) aquellas que no lo tienen. El primer grupo está conformado por personas que cuentan con previsión de salud, para lo cual destinan, al menos, el 7% de su ingreso imponible. El segundo grupo lo constituyen familias no cotizantes del sistema previsional, en su mayoría familias pobres, y que típicamente reciben atención gratuita, financiada con recursos públicos, en el sistema estatal.

Los cotizantes previsionales tienen en la práctica las siguientes opciones para satisfacer su demanda por atenciones médicas: a) atención institucional en el Sistema Nacional de Servicios de Salud; b) atención bajo la modalidad de libre elección, en la cual los cotizantes tienen la posibilidad de atenderse con los médicos y clínicas de su preferencia, siempre y cuando tengan convenio con FONASA, entidad que administra cotizaciones de salud; y c) atención a través de ISAPRES, sin intervención financiera del Estado.

En teoría, el grupo de no cotizantes tiene tres opciones: a) atención institucional en el SNSS; b) atención particular pagada, cuyo precio se fija libremente, y, c) contrata un seguro privado de salud.

Aquellos cotizantes y no cotizantes que se atienden en el sistema público cancelan un monto que es proporcional al nivel de ingresos. Aquellos afiliados con un ingreso inferior a \$ 20.790 reciben atención gratuita (en la práctica las atenciones en el sistema público son gratuitas monetariamente para todos los pacientes).

Es en este marco en el que las ISAPRES han tenido que competir para consolidarse en el mercado de la salud. Después de un crecimiento lento han venido fortaleciendo sistemáticamente su posición como veremos en el próximo capítulo.

2. Evolución de las Isapres

Como se señaló en la sección anterior las instituciones de salud previsional nacen en 1981. Se organizan como una empresa de seguros que recibe una cotización y a cambio ofrece una prestación de salud al cotizante y sus cargas en el momento que la necesiten. No es indispensable que sea la misma ISAPRE la que preste el servicio, sino que deber ser capaz de coordinar la demanda con la oferta de salud.

Cuadro N° 2

Cotizantes vigentes 1981 - 1988

Año	Isapres Abiertas	Isapres Cerradas	Total
1981	26.415	-	26.415
1982	57.745	9.095	66.840
1983	71.306	17.509	88.815
1984	110.593	21.017	131.640
1985	165.181	33.630	198.811
1986	295.760	40.565	336.325
1987*	359.457	42.229	401.686
1988*	468.653	50.049	518.702

•Cifras 1987 y 1988 a junio de cada año.

Fuente: FONASA

Entre 1981 y 1988, las ISAPRES han ido captando cotizantes a un ritmo de crecimiento equivalente a un promedio anual de 50%. El Cuadro N° 2 permite apreciar lo afirmado.

Del Cuadro anterior se desprende la existencia de dos tipos de ISAPRES, abiertas y cerradas. Las primeras afilian a individuos de cualquier condición laboral y pertenecientes a cualquier institución jurídica. En cambio, las cerradas están constituidas por trabajadores de una sola empresa; es decir, grandes empresas han creado su propio sistema de previsión para satisfacer las necesidades de salud de sus trabajadores.

Cuadro N° 3

Beneficiarios del Sistema de ISAPRES

Año	Isapres Abiertas	Isapres Cerradas	Total
1981	61.659	-	61.659
1982	125.986	38.321	164.307
1983	172.407	70.160	242.567
1984	279.444	85.8%	365.340
1985	426.543	119.038	545.581
1986	776.642	144.642	921.284
1987*	932.146	148.894	1.081.040
1988*	1.179.024	166.192	1.345.216

* Cifras de 1987 y a junio 1988.

Fuente: FONASA

Como se aprecia en el Cuadro N° 3 los beneficiarios del sistema han ido aumentando gradualmente para ubicarse a mediados de 1988 en una cifra cercana al 12% de la población. Del total de beneficiarios, un 87,6% está afiliado a ISAPRES abiertas.

El número de beneficiarios por cotizante es relativamente bajo, como se aprecia en el Cuadro N° 4. Esto indicaría que el tamaño relativo de las familias adscritas a las ISAPRES es pequeño, lo que significaría que son las familias de más altos ingresos las que están incorporadas al sistema.

Cuadro N° 4**Número de Beneficiarios Promedio por Cotizante**

Año	Relación Beneficiarios-Cotizante
1981	2,23
1982	2,50
1983	2,73
1984	2,77
1985	2,74
1986	2,74
1987*	2,69
1988*	2,59

* Cifras de 1987 y a junio 1988.

Fuente: FONASA

Para responder la interrogante anterior es conveniente analizar la distribución de los cotizantes por nivel de ingreso. Esto se presenta en el Cuadro N° 5.

Cuadro N° 5**Distribución Porcentual de Cotizantes
por Renta Imponible a marzo de 1988**

Tipo de Isapres Renta disponible	Isapres Abiertas	Isapres Cerradas
Menos de 20.000	3,3%	5,2%
21.000 - 30.000	6,2%	3,6%
31.000 - 40.000	9,3%	4,9%
41.000 - 50.000	10,2%	4,3%
51.000 - 60.000	8,9%	4,0%
61.000 - 120.000	31,1%	25,7%
Más de 120.000	27,7%	52,2%

Fuente: FONASA

Las ISAPRES cerradas concentran una proporción mayor de sus afiliados en rentas impositivas altas. En cambio, en las ISAPRES abiertas, sólo un 27,7% de los afiliados tiene rentas superiores a los \$ 120.000. Al mismo tiempo en estas ISAPRES un 37,9% de los cotizantes tiene ingresos inferiores a los \$ 60.000. Un 31,1% gana entre \$ 61.000 y \$ 120.000. Estos antecedentes indican que una parte importante de los afiliados a las ISAPRES la constituyen personas de ingresos medios y bajos.

La cotización promedio anual que están cancelando los incorporados al sistema privado de salud se presenta en el siguiente Cuadro.

Cuadro N° 6

Cotización Promedio Anual del Sistema en Moneda de Nov. 1988

Año	Total	Cotización Promedio (\$88)
		Por Beneficiario
1982	64.228	25.691
1983	90.908	33.200
1984	96.120	34.700
1985	82.986	30.287
1986	78.859	28.781
1987	77.269	29.834

Fuente: FONASA

Originalmente, entre 1982 y 1983, la cotización promedio anual del sistema experimentó un alza, probablemente producto de la puesta en marcha del sistema y lo que ello significaba. Desde 1984, la cotización promedio se ha ido reduciendo paulatinamente. Lo mismo ocurre con la cotización por persona. Estas cotizaciones corresponden al promedio del sistema. Existe, sin embargo, una variabilidad importante en el monto de las cotizaciones que recibe cada ISAPRE. Es así como existen instituciones de salud previsional que están orientadas a atender personas de altos ingresos y otras a personas de bajos ingresos. El siguiente cuadro presenta la cotización promedio para tres años de las ISAPRES Promepart y Sudamérica.

Cuadro N° 7
Cotización Promedio Anual
ISAPRES Sudamérica y Promepart
en Moneda de noviembre de 1988

Año	Cotización Promedio (\$ 88)	
	Total	Beneficiarios
1984	37.085	23.012
1985	41.801	15.620
1986	49.508	19.115

Fuente: FONASA

En este Cuadro se aprecia que la cotización anual promedio de las personas pertenecientes a estas dos ISAPRES es claramente inferior a la del sistema. Esto permite que personas de menores ingresos puedan acceder al sistema. Muchos más e, incluso de menores ingresos, podrían acceder al sistema privado de salud, si se dieran las condiciones para ello. Actualmente, como se verá más adelante, el esquema de financiamiento imperante constituye el principal obstáculo para que ello ocurra.

Ahora bien, ¿qué sucede con la creación de ISAPRES y la competitividad del sistema? Los Cuadros N°s 8 y 9 aclaran esta interrogante. En agosto de 1988 funcionaban 19 ISAPRES abiertas y 11 cerradas. El número de instituciones que operan en el mercado ha ido aumentando año tras año.

Del Cuadro N° 9 se desprende que el sistema privado de salud ha tendido a desconcentrarse. Hay ISAPRES que han aumentado fuertemente su participación en el mercado desde su creación (Promepart) y otras que la han disminuido (Banmédica y Cruz Blanca). En este sentido, se observa un mercado bastante dinámico y con mucha potencialidad, en la medida que sea posible ir incorporando a nuevos cotizantes.

Cuadro N° 8
Evolución de la Creación de ISAPRES

	Dic/81	Dic/82	Dic/83	Dic/84	Dic/85	Dic/86	Ag/88
Banmédica	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no
Cruz Blanca SA.	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Consalud				sí	sí	sí	sí
Promepart		sí	sí	sí	sí	sí	sí
Luis Pasteur	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Sudamérica de Chile		sí	sí	sí	sí	sí	sí
Colmena G. Cross	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
La Cumbre				sí	sí	sí	sí
Normédica			sí	sí	sí	sí	sí
Interclínicas				sí	sí	sí	no
Vida Tres				sí	sí	sí	sí
Ismed SA.						sí	sí
Galénica SA.						sí	sí
Compensación SA.						sí	sí
Isamédica SA.						sí	sí
Unimed SA.						sí	sí
Más Vida SA.						sí	sí
Los Lagos						sí	sí
Coral SA.						sí	sí
Banmédica SA.						sí	sí
Cigna Salud SA.						sí	sí
Total abiertas	4	6	7	10	10	11	19

Cuadro N° 8
Evolución de la Creación de ISAPRES
(Continuación)

	Dic/81	Dic/82	Dic/83	Dic/84	Dic/85	Dic/86	Dic/88	Ag/88
Banco Central	sí	sí	no	no	no	no	no	no
San Lorenzo		sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
El Teniente		sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Chuquicamata		sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Río Blanco			sí	sí	sí	sí	sí	sí
Ispen			sí	sí	sí	sí	sí	sí
Shell Chile					sí	sí	sí	sí
Banco del Estado					sí	sí	sí	sí
Ferrosalud						sí	sí	sí
Isagas						sí	sí	sí
Istel						sí	sí	sí
Crisol Ltda.							sí	sí
Total cerradas	1	4	5	5	7	7	9	11
Total Sistema	5	10	12	15	17	17	20	30

fuentes: Asociación de ISAPRES

Cuadro N° 9
Evolución de la Competitividad del Sistema ISAPRE
(medida en % de participación sobre cotizaciones)

	Dic/81	Dic/82	Dic/83	Dic/84	Dic/85	Dic/86	Abr/87	Ago/88
Banmedica	38	30	39	32	23	18	16	
Promepart		1	5	9	10	10	10	15
Luis Pasteur	8	16	9	7	8	7	7	3
Colmena G. Cross		8	8	8	7	8	8	9
Normédica				1	1	2	2	2
Consalud				5	11	14	14	20
La Cumbre				1	1	1	1	1
Cruz Blanca SA.	52	32	16	16	15	12	12	9
Sudamérica Chile		1	3	5	6	10	10	6
Vida Tres						2	3	3
Compensación SA.								3
Interclínicas				1	1	1	1	
Ismed SA.								0,2
Galénica SA.								0,2
Isamédica SA.								0,5
Unimed SA.								0,3
Más Vida SA.								0,2
Los Lagos								0,03
Coral SA.								0,2
Banmedica SA.								17
Cigna Salud SA.								
Total abiertas	98	88	80	85	83	85	84	90

Cuadro N° 9

Evolución de la Competitividad del Sistema ISAPRE
(medida en % de participación sobre cotizaciones)
(Continuación)

3. Situación Actual del Sistema Privado de Salud

Si bien el sistema de ISAPRES atiende a una proporción importante de la población del país, aún existen dudas en amplios sectores de la población respecto de la capacidad de éste para atender la salud de los chilenos. Estas dudas le restan legitimidad al sistema y ponen en peligro su sobrevivencia, al depender ésta de la voluntad política del gobierno de turno. Muchas de las críticas efectuadas son producto del desconocimiento del sistema, otras son correctas, pero la causa de ellas es el ordenamiento jurídico existente. En las páginas siguientes se analizan brevemente dichas críticas.

Dentro de éstas destaca aquella que critica al sistema de ISAPRES de ser un sistema no solidario. Esta aseveración se fundamenta en el hecho de que en el sistema de libre elección de FONASA se produciría una redistribución de ingresos desde las rentas más altas hacia las más bajas, situación que en el sistema privado no se cumpliría al operar éste con cuentas individuales de salud. Evidentemente, el sistema privado de salud no presenta redistribuciones de ingresos al interior de él. Ello, lejos de ser injusto, es adecuado, porque si se tiene como objetivo mejorar la distribución del ingreso, libremente resultante, existe un instrumento más eficiente y menos distorsionador de las decisiones individuales, que es el gasto público. Cuando no se utilizan los instrumentos de política más convenientes se producen ineficiencias y no se consigue el objetivo deseado. Al respecto puede señalarse que antes de la reforma previsional se estaba produciendo una importante baja en las tasas de cotización y, por lo tanto, en las cotizaciones a FONASA (SERMENA). Las tasas de cotización, medidas sobre la fuerza de trabajo ocupada, para los años 1975 a 1980 fue la siguiente:

Cuadro N° 10

1975	1976	1977	1978	1979	1980
86,1%	90,4%	86,4%	81,1%	79,5%	75,5%

Fuente: Hermán von Gersdorff, "El Sistema Previsional Chileno durante los diez últimos años", *Estudios de Economía*, 22 (1er. semestre 1984), p. 95.

No cabe duda, que los que dejaban de cotizar eran los de mayores ingresos porque eran ellos los que financiaban los subsidios cruzados con relaciones calidad-costos cada vez menores. En este sentido, el sistema de

salud había dejado de ser "solidario" con mucha anterioridad. Por otra parte, el 7% de salud es una cotización obligatoria de todo trabajador dependiente. Los más pobres no pueden acceder a una ISAPRE, pero tampoco pueden optar al sistema libre elección de FONASA, porque esta institución financia sólo el 50 a 70% de las prestaciones. Por ello, se ven obligados a atenderse en el sistema institucional con una calidad bajísima de salud e igual a la de las personas que no cotizan a pesar de merecer por su esfuerzo una calidad superior. La pregunta surge espontánea: ¿dónde está la solidaridad del sistema?

Por otra parte, las tasas presentadas no incluyen el problema de subcotización que se producía por el incentivo a subdeclarar la remuneración imponible, dadas las altas cotizaciones del sistema previsional antiguo. El promedio de éstos en el período 1974-1980 fue de 44,1%⁵

En este sentido, las ISAPRES vinieron a llenar un vacío, el que se producía por la inexistencia de alternativas reales para un vasto sector de la población. Este sector se atendía privadamente en los pocos centros privados de salud que existían y no aprovechaban los recursos que cotizaban, si es que lo hacían, en el sistema público. Aquellos que continuaban afiliados a FONASA, pero no utilizaban sus servicios, estaban sujetos a una especie de doble tributación. Por un lado, pagaban sus impuestos destinados, supuestamente, a redistribuir ingresos persiguiendo, entre otros objetivos, una mejora a la calidad de la salud cotizada a los más pobres y, por otro, tenían que pagar sus cotizaciones que, definitivamente, también, iban destinadas a "mejorar" la salud de los más pobres. Parece poco probable que este esquema pueda sostenerse en el largo plazo.

Ligada a la crítica anterior se encuentra aquella que sostiene que las ISAPRES lucran con la salud a costa de los usuarios del sistema y de los profesionales médicos. La primera afirmación, podría ser verdadera si estas instituciones tuvieran cautivos a sus clientes, es decir, si a éstos les fuera imposible modificar su decisión inicial, trasladándose a otra organización privada de salud. Sin embargo, esto no ocurre. De hecho, los afiliados a una ISAPRE pueden cambiarse todos los meses, de acuerdo a la ley, a otra institución previsional de salud. De este modo, los consumidores de seguros de salud tienen un excelente instrumento de control sobre la atención que reciben. Esta es la posibilidad de elegir el oferente de seguros de salud que le otorga la mejor relación calidad-costos. Las ISAPRES que logren ofrecer el contrato de salud más atractivo, serán las que reciban el

⁵ Herman von Gersdorff, *op. cit.*

premio de mercado, el que, en este caso, es el mayor número posible de cotizantes de salud.

La segunda afirmación de que las instituciones privadas de salud lucrarían a costa de los médicos, puede ser respondida en forma similar a la anterior. Las ISAPRES están interesadas en contar entre sus médicos a aquéllos más destacados y de las más diversas disciplinas. Ello, porque son determinantes en la elección que de una ISAPRE realiza un individuo. Dado, además, que no existe un solo demandante o alternativa para los médicos, éstos pueden caducar sus contratos con un empleador y elegir a aquel que les ofrezca una mejor opción. En todo caso, la casi totalidad de los médicos se están incorporando voluntariamente como prestatarios de las ISAPRES. Todavía alguien podría argumentar que se han visto en la necesidad de hacerlo, aunque resulta difícil de sostener si se piensa que apenas un 12% de la población está afiliada al sistema privado.

En diversas ocasiones se ha planteado que las ISAPRES obtendrían utilidades sobrenormales, ya que lograrían discriminar a sus afiliados según su riesgo. Esto significa que estas instituciones incorporan sólo a las personas de bajo riesgo médico y no aceptan personas de mayor riesgo.

Al respecto es necesario recurrir a la teoría económica en lo que a seguros se refiere. Dos son los problemas típicos que se presentan en un sistema de seguros.

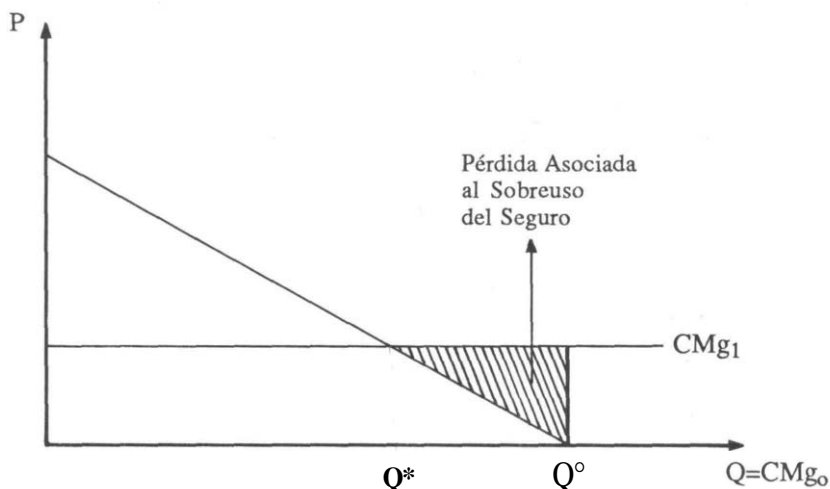
El primero se reconoce con el nombre de *moral hazard*, expresión para lo cual no existe una traducción correcta al castellano, y que a su vez presenta dos situaciones:

a) Aquella situación que conduce a que el individuo haga un sobreuso del seguro. Por ejemplo el beneficiario padece una carie dental y aprovecha para arreglar su dentadura en su totalidad, sin que realmente lo necesite. En este caso estamos ante la presencia de una externalidad que conduce a que el beneficio marginal no sea igual al costo marginal de la prestación (Condición de eficiencia económica).

Este problema es típico en los seguros de salud cuando la prima cubre totalmente el costo de una atención. Para el asegurado el costo marginal es cero, luego demandará Q^o de esta atención, cuando el óptimo está en Q^* .

Se produce de esta forma un sobreuso equivalente a la distancia $Q^o - Q^*$. La situación descrita puede visualizarse en el Gráfico N° 1; se produce una pérdida equivalente al área achurada.

Gráfico N° 1



b) Distinta es la situación cuando el asegurado puede afectar las probabilidades del siniestro. Un ejemplo es el del individuo que desea operarse la nariz (cirugía plástica nasal) y para conseguirlo corre riesgos que le signifiquen una fractura de ella.

El problema de *moral hazard* está siempre latente en esquemas de seguros. Sin embargo, la competencia existente produce incentivos para controlar los mayores costos que dicho problema provoca. Básicamente, porque el sobreuso de los servicios médicos genera mayores costos a todos los afiliados a un organismo que opera con seguros. La posibilidad de traslado de esos afiliados a instituciones que ofrezcan una relación calidad-costos superior, obliga a estar atentos y chequear los casos que pueden indicar presencia de *moral hazard*. Existen mecanismos que las ISAPRES pueden utilizar para limitar este aspecto. Ellos están asociados a las formas de pago que incentivan a los consumidores a realizar sólo los gastos necesarios y atenderse con el proveedor del servicio de más bajo costo relativo. Se puede pensar en deducibles y coseguros que obligan a los consumidores a hacerse responsables de pagar muchos costos fuera de programa. De hecho, las ISAPRES en Chile usan en la actualidad un mecanismo que tiene un fuerte impacto sobre el *moral hazard*. Esto es pagar beneficios particulares sobre una base fija en pesos o UF, lo que incentiva a los usuarios a utilizar servicios menos costosos. Otra manera en que los planes

de salud pueden enfrentar el problema mencionado es imponiendo condiciones y limitaciones a la responsabilidad de pagar por servicios particulares. Estos operan como exclusión de cobertura.⁶

Un segundo tipo de problema, más común en el sistema de ISAPRES, es el que se conoce con el nombre de "selección adversa" (antiselección). Este problema surge del hecho de que existe información asimétrica entre las partes que intervienen en el contrato de un seguro cualquiera.

El asegurado conoce su riesgo, en cambio el asegurador, en el mejor de los casos, sólo puede tener una idea de él, a través de un chequeo médico. De este modo, la información de la ISAPRES será siempre inferior a la del asegurado.

La teoría de seguros plantea que en el equilibrio, dada la externalidad que se produce, no se asegurará toda la población con deseos de hacerlo. Alternativamente si las ISAPRES aseguran a personas de "alto riesgo", idearán mecanismos que les permitan protegerse de la asimetría de información existente. El trato que se le dispensa a la mujer embarazada es un ejemplo claro de esto. Dado lo complejo que resulta estimar el inicio del embarazo de una mujer, en los contratos se estipula un período denominado de carencia, como una protección al problema de selección adversa. Durante este período que alcanza a nueve meses a contar del momento de afiliación, las ISAPRES no incluyen entre sus beneficios la atención a la mujer embarazada. Una situación similar es la que ocurre con los mayores, los que a menudo no pueden optar a una ISAPRE, por no ofrecerle ésta un plan de salud. La razón de ello es que las ISAPRES no están dispuestas a asumir el riesgo de acoger a estas personas, ya que estiman que poseen una alta probabilidad de siniestro.

Ahora bien, aparte de los períodos de carencia y no afiliación de personas, las ISAPRES debieran idear mecanismos que superen estos inconvenientes. Debe tenerse en cuenta que los riesgos involucrados en el otorgamiento de seguros de salud tienden a ser diversificables totalmente.⁷ En competencia, y con un mayor número de afiliados y planes de salud, podría esperar una autoselección más intensiva de planes correspondientes

⁶ Respecto del problema del *Moral Hazard* y sus soluciones, véase Clark C. Havighurst, *Deregulating the Health Case Industry* (Cambridge, Mass: Ballinger Publishing Company, 1982), pp. 289-318.

⁷ Básicamente, porque el estado de salud de un individuo no depende del otro. En términos estadísticos no correrían entre sí. Los afiliados a una ISAPRE son un portafolio de activos independientes. (Ver Anexo N° 1).

al estado real de salud de cada uno de los individuos del país.⁸ Intentos de solución parcial al problema de la selección adversa lo constituyen los contratos colectivos que ofrecen las ISAPRES y que reúnen a grupos numerosos de personas con el objeto de diversificar entre ellos los riesgos involucrados en la prestación de salud.

Por otra parte, estas ineficiencias o deficiencias que presenta el sistema privado de salud dicen relación con el plazo de los contratos y la posibilidad de rescindirlos, así como la libertad de afiliación o desafiliación de los cotizantes. Como es de conocimiento público, los cotizantes pueden rescindir contratos en el plazo de un mes, mientras que las ISAPRES al término de un año. Por ello, los oferentes privados de salud pueden, eventualmente, absorber todos los gastos que involucra la atención de una paciente de alto riesgo sin ninguna posibilidad de obtener beneficios de ello. Esto, obviamente, condiciona al sistema, sesgándose las probabilidades de obtener ganancias o pérdidas. De hecho, un paciente puede, después de recibir las prestaciones médicas, desahuciar a la brevedad un contrato de salud.

Una alternativa de solución a las deficiencias señaladas la constituye la posibilidad de pactar libremente los contratos. De este modo, las ISAPRES podrían operar con un margen bastante mayor de seguridad, estando dispuestas, probablemente, a afiliar a toda la población que desee contratar un seguro de salud con el sistema privado. Incluso, esta mayor seguridad, al reducir el riesgo, haría posible una disminución en los costos de las primas de salud. Hay que recordar que existe una directa relación entre riesgo y costo de la prima. Hipotéticamente, y con la suficiente información, se podrían celebrar contratos vitalicios entre cotizantes e instituciones previsionales, reduciendo a cero la posibilidad de que una persona fuese rechazada por una ISAPRE determinada. En este caso, de ser necesario un ajuste en el sistema, éste se produciría a través del costo de la prima de salud.

- Por último, una de las ~~críticas~~ críticas importantes que se esgrime en contra de la reforma de salud del año 1981 es su carácter regresivo. Si bien esta afirmación ha sido ampliamente debatida, no existen aportes conclusivos respecto de ella. Algunos estudios⁹ plantean que la creación de las

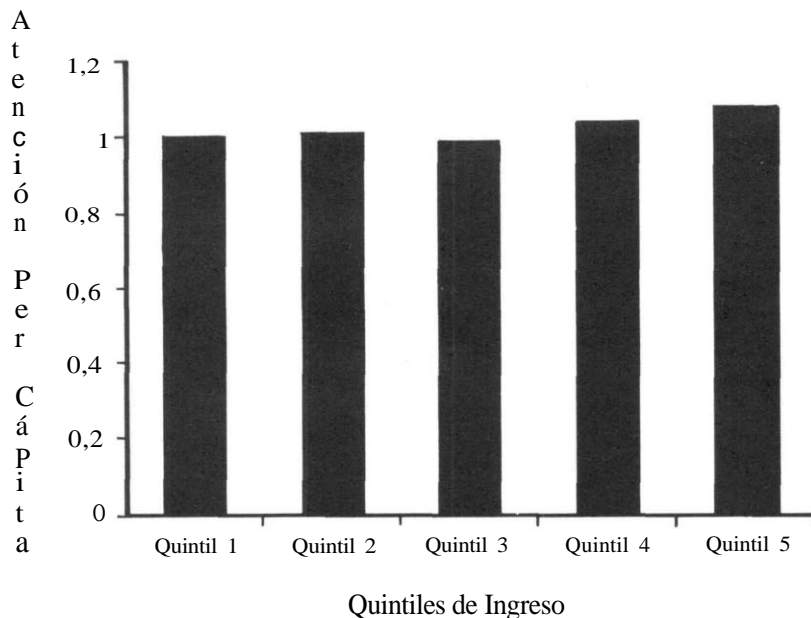
⁸ Véase Warren Greenberg, "How will increased competition affect the Costs of Health Care", en *Markets Reforms in Health Care*, Jack A. Meyer ed., (Washington: American Enterprise Institute, 1983).

⁹ J. P. Arellano, *Políticas Sociales y Desarrollo 1924-1984* (Santiago: Cieplan, 1986)

ISAPRES desfinanció al Fondo Nacional de Salud. Ello, porque los cotizantes que se acogieron a los beneficios de las ISAPRES eran aquellos que pertenecían al Sistema Público de libre elección, pero que no lo utilizaban, constituyendo, además, las rentas más altas. En consecuencia, se le restó un gran aporte previsional a FONASA y descargó los bajos gastos en que incurrieron dichos cotizantes. Los bajos gastos de los cotizantes de rentas altas eran de escasa o nula preferencia por este sistema de libre elección. De esta manera, las personas de altos ingresos financiaban su demanda de salud con recursos adicionales a los de FONASA. Por lo tanto, la merma de ingresos por cotizaciones sería mayor que los menores gastos que ocasiona el éxodo de afiliados.

Cabe señalar que para validar esta afirmación es necesario demostrar que las personas de rentas mayores, afiliadas a FONASA, no utilizaban

Gráfico N° 2
Atenciones Per Cápita
por Quintil de Ingreso
(1985)



estos servicios. Ello es muy difícil de comprobar, aunque el Gráfico N° 2 entrega algunas luces al respecto. Se muestra el nivel de atención per cápita realizado por afiliados a FONASA, según el quintil de ingreso en el que se ubican.

No se aprecia, en el Gráfico N° 2, un menor número de atenciones per cápita entre las personas de mayores ingresos. De hecho, es probable que estas atenciones sean de costo más alto, aumentando la brecha en el

Cuadro N° 11

Atenciones Anuales por Persona en ISAPRES 1986

Tipo de atención	Cerradas	Abiertas	Isapres Benefic. Total	S.N.S.S.*
Consultas Médicas	5,70	3,90	4,30	2,60
Consultas otros profesionales				
Exámenes laboratorio	3,00	3,00	3,00	3,00
Exámenes radiodiag- nóstico	0,60	0,93	0,87	0,10
Días - Cama	0,71	0,38	0,44	1,04
Intervenciones quirúrgicas	0,25	0,65	0,58	1,11
Subtotal	0,30	8,90	9,20	8,90
Otras prestaciones	2,80	1,70	1,90	
Total	3,10	10,60	11,10	

*Información de 1985 a base de 8.250.000 beneficiarios.

Fuente: Asociación de ISAPRES

Universidad de Chile y ODEPLAN, *op. cit.*

gasto de salud entre el quintil de ingresos 5 y el quintil de ingresos 1. Así, no se puede concluir claramente que los ingresos dejados de percibir por FONASA sean mayores que los costos en los que deja de incurrir por el traspaso de personas a las ISAPRES.

Este cuadro permite apreciar que son mayores las consultas médicas en el sistema de ISAPRES que en el sistema de hospitales públicos. Ello tendería a confirmar que las personas de altos ingresos se atienden más que las de bajos ingresos. Por ello, no parece raro que las personas del último quintil de ingresos ocupen tanto o más que los del primer quintil de ingresos el sistema público de libre elección. La diferencia está en que no es el único que ocupan, sino que utilizan también los centros privados de salud atendiéndose de esta forma bastante más que los pobres.

Por último, si lo dicho más arriba fuese errado, no se puede afirmar que la reforma de salud sea regresiva. A lo más, se podrá afirmar que ésta deja de ser redistributiva. Entonces, surge nuevamente la interrogante si el objetivo es redistribuir, ¿será la forma más eficiente de hacerlo a través de FONASA? Nuestro parecer es que existen otras formas más eficientes. De hecho, si las personas de altos ingresos se veían en la obligación de cotizar, pero no valoraban el sistema FONASA, esa cotización se parecía más a un impuesto que al precio que se debía pagar por un paquete de beneficios de salud. ¿Es justo entonces que además de un impuesto a la renta progresivo paguen un "impuesto de salud"? ¿O acaso, se piensa, que el ser rico debe merecer un "castigo"? Esta suma de impuestos que se produce no hace más que desacelerar el esfuerzo productivo y, por lo tanto, el crecimiento económico. Si se desea redistribuir ingreso la forma más eficiente de hacerlo es a través del sistema tributario y del gasto social. La utilización de otras formas de redistribución produce más distorsiones en la actividad económica con el consiguiente mayor perjuicio para la sociedad.

El presente capítulo ha tenido como objeto informar al lector respecto de las críticas más comunes que enfrentan las instituciones previsionales de salud. Al mismo tiempo se ha emitido la opinión de los autores en relación a esas críticas. El análisis de ellas es de suma importancia, porque ello contribuirá a darle legitimidad al sistema privado de salud.

4. Perspectivas del Sistema Privado de Salud

Si bien el sistema de ISAPRES parece haberse consolidado, sólo un 12% de la población se encuentra cubierta por él. Surge, entonces, la interrogante de por qué la población beneficiada no es mayor y cuáles son las posibilidades de expansión del sistema.

En este capítulo se pretende enfrentar las interrogantes planteadas desde una perspectiva analítica, proponiendo al mismo tiempo un sistema que permita masificar los beneficios otorgados por las Instituciones de Salud Previsional.

Cuadro N° 12

Población Total del Gran Santiago

En relación a la atención en salud: ¿Dónde le gustaría a Ud. atenderse, en FONASA o en una ISAPRE?

		FONASA	ISAPRE	No Sabe
Sexo	Total	37.7	29.3	32.9
	Hombres	39.4	30.3	30.2
	Mujeres	36.3	28.4	35.2
Edad	18 a 24	31.0	35.4	33.7
	25 a 39	41.0	32.0	27.0
	40 y más	38.4	23.7	37.9

Fuente: Centro de Estudios Públicos, *Documento de Trabajo*, 83 (mayo 1987)

Se podría argumentar que la población no considera satisfactorias las prestaciones otorgadas por las ISAPRES. Sin embargo, si uno observa los Cuadros N°s. 12, 13 y 14 que corresponden a Estudios de Opinión Pública realizados por el Centro de Estudios Públicos entre la población total de Santiago, los trabajadores de la pequeña y mediana empresa de Santiago y los pequeños y medianos empresarios, respectivamente, se visualiza que ese argumento está totalmente alejado de la realidad. De hecho, en el Cuadro N° 12 se puede apreciar que cerca de un 30% de la población de Santiago prefiere atenderse en ISAPRES. En este sentido, y dado que actualmente se beneficia del sistema de ISAPRES un 12% de la población, la demanda potencial es bastante mayor. Llama la atención que un 40% de los trabajadores de pequeñas y medianas empresas, que ganan en su mayoría menos de \$ 25.000¹⁰ prefieran el sistema de ISAPRES. Esto

¹⁰ Véase Centro de Estudios Públicos. *Documento de Trabajo* 93 (noviembre 1987).

no deja de sorprender porque probablemente ninguno, o muy pocos de ellos, está en el sistema privado de seguros de salud. *Los Cuadros* presentados indican que las ISAPRES son bastante más aceptadas por la población, lo que se desprende de la argumentación de algunos líderes de opinión. Si los resultados de estos estudios de opinión son ciertos, entonces, ¿por qué no se incrementa sustancialmente el número de beneficiarios del sistema ISAPRES? Nuestra tesis es que el sistema de financiamiento de la salud imperante en Chile y la competencia desleal del sector público lo impiden.

Cuadro N° 13

Trabajadores de Pequeñas y Medianas Empresas

Si a Ud. le descontaran la misma cantidad de dinero, ¿dónde le gustaría atenderse: en FONASA o en una ISAPRE?

	FONASA	ISAPRE	No sabe
	%	%	%
Total	45.5	40.2	14.3
N° Trabajadores			
1 a 20	44.8	42.2	13.0
21 a 50	46.3	37.9	15.8

Fuente: Centro de Estudios Públicos, *Documento de Trabajo*, 93 (noviembre 1987).

El funcionamiento de SNSS presenta una serie de problemas que atentan contra la eficiencia del sistema e impiden que la población pueda ejercer una efectiva libertad de elección.

Se puede mencionar que existe una serie de subsidios cruzados en los servicios de salud, desde aquellos pobres con mayor ingreso relativo hacia las personas de escasos recursos (indigentes). Hay personas que cotizan en FONASA, pero no pueden optar por libre elección y se ven obligadas a atenderse en los hospitales estatales. Dado que cotizan y, además, pagan una parte de su atención (no necesariamente si ganan menos de \$ 20.970) exigen una mayor calidad en la atención. Ello no sucede y la calidad recibida es igual a la de aquella persona que no cotiza y se

atiende gratis. El subsidio va, entonces, desde aquellos que cotizan hacia aquellos que no lo hacen, lo que es una situación injusta e ineficiente. Injusta, porque aquellos que pagan están demandando una mayor calidad y no la reciben, e ineficiente, porque si se opta por subsidios, éstos deben ser entregados por el Estado y no por los individuos.

Cuadro N° 14

Pequeños y Medianos Empresarios

Si le descontaran la misma cantidad de dinero, ¿dónde le gustaría atenderse, en FONASA o en una ISAPRE?

	FONASA %	ISAPRE %	No Sabe Ninguna
Total	17.8	64.2	18.0
N° Trabajadores			
1 a 20	22.1	55.3	22.6
21 a 50	10.5	79.5	10.0

Fuente: Centro de Estudios Públicos, *Documento de Trabajo*, 95 (diciembre 1987).

La asignación de los recursos constituye un subsidio a la oferta, lo que no genera los incentivos necesarios para que los hospitales funcionen eficientemente, siguiendo estrategias de optimización en el manejo de sus recursos como inventario, utilización de la infraestructura y otros. Además no se presiona a una mejora en la calidad de la salud, ya que el financiamiento de cada servicio de salud no depende de la decisión del demandante de salud. Es decir, si una persona está disconforme con la atención y decide no acudir más al hospital o consultorio, el Servicio de Salud no ve mermado su presupuesto. Para lograr un manejo eficiente de los recursos escasos y aumentos en la calidad de la salud los individuos encargados de la administración del sistema deben ser afectados patrimonialmente por los resultados de su gestión. En otras palabras, sólo en la medida que exista la posibilidad de ganancias o pérdidas "propias" existirán los incentivos suficientes para que se cautelen los recursos de la sociedad y se ofrezca la mejor calidad a la población, única forma de maximizar las ganancias o minimizar las pérdidas. De esta forma los subsidios deber ser directos con

el objeto de lograr una definición precisa del monto del subsidio que se otorga y estar orientado a la demanda (al individuo que desea atención médica), para permitir una mejor distribución espacial y una mayor competencia de las instituciones oferentes.

Por otra parte, el actual sistema no permite, en la práctica, a las personas ejercer el derecho constitucional de elegir libremente el lugar donde se quieren atender. Los Servicios de Salud poseen un mercado cautivo compuesto por todos aquellos individuos en situación de pobreza que al no contar con un subsidio a la demanda no pueden optar por una alternativa distinta a la del SNSS, alternativa que no es ofrecida por el sector privado, no porque le sea imposible o poco rentable hacerlo, sino que porque le es imposible competir con un SNSS subsidiado y que ofrece atenciones gratuitas.

Además, como algo importante desde el punto de vista de la salud, es necesario destacar que no existe ningún incentivo para enfatizar la atención primaria. Resulta importante centrar la atención de salud en este nivel, ya que la mayoría de las enfermedades y complicaciones en la salud de la población son posibles de erradicar en este nivel, asegurando una recuperación sostenida de la persona. En cambio, si el paciente es atendido en un nivel secundario o terciario se corre el riesgo de no poder recuperar jamás su salud e incluso no poder evitar su muerte. También cabe recordar que la atención primaria es de bajo costo relativo y, por lo tanto, de gran cobertura y el sistema de salud vigente tiene que entregar las garantías necesarias de que se privilegie este nivel de atención. Actualmente, al no estar involucrado, el personal médico ni el capital privado en la atención de salud, se pierden los incentivos que significa el fin de lucro en la gestión médica. La posibilidad de dar paso a este fin no significa descuidar la atención especializada y la salud de la población, sino que sólo implica una garantía real de que se enfatizará la atención primaria, porque al ser de menor costo significa una mayor rentabilidad sobre el capital invertido.

Como formas de control, evitando que se descuide la atención especializada, existen dos alternativas complementarias. Por una parte, al ser subsidiada la demanda se está permitiendo que el beneficiario del subsidio pueda optar libremente por aquella institución que le reporte un mayor bienestar y, por otra, al Ministerio de Salud le puede caber el importante papel de informar acerca de las alternativas de salud vigentes y sus beneficios, velar por una afiliación contractual informada y, por último, impedir barreras a la entrada de competidores potenciales, ya que esto asegura a la población posibilidades de cambiarse de institución ante desacuerdos con su oferente inicial de salud.

También constituye un problema el sistema de libre elección vi-

gente en FONASA. Existe un problema grave de consulta, ya que una vez hecha la consulta inicial, cabe la posibilidad de que los oferentes privados de salud exijan nuevas consultas, exámenes, buscando un mayor ingreso, situación que a FONASA le es imposible controlar, y tampoco tiene incentivos para hacerlo, porque no es capital privado el involucrado. Por otra parte, la calidad del plan de salud y su costo son independientes del tamaño del grupo familiar; así, dos personas con igual ingreso y distinto tamaño de familia cotizan exactamente lo mismo por una alternativa de igual calidad, lo que significa un subsidio cruzado desde familias pequeñas a familias numerosas. Además, se ha detectado la existencia de acuerdos entre médicos y pacientes para concretar una prestación con dos o más bonos, devolviéndose al paciente el costo incurrido en la compra de los bonos, atendiéndose, por lo tanto, gratis.

Los problemas señalados requieren de una solución, de lo contrario el sistema de salud perderá credibilidad frente a la sociedad.

Ahora bien, aceptando la existencia de una intervención estatal en la salud, se propone para hacerla más eficiente implementar un sistema de seguros de salud. En este nuevo esquema todo chileno tiene derecho a que el Estado le abra una cuenta individual de salud, en la que le cotiza anualmente un monto de recursos que le permitiría financiar un nivel dado de prestaciones médicas. Al mismo tiempo, todo individuo tiene el derecho de elegir libremente cualquier institución que le ofrezca el plan de salud que más se acomoda a sus características. Básicamente, significa dejar de asignar los recursos del Estado a través de la oferta de salud y hacerlo a través de la demanda de salud.

En este marco institucional el individuo puede aportar recursos propios para optar a un plan de salud mejor. En estos casos, el Estado disminuirá su aporte, pero en menor proporción al aporte individual. Es así como se recompensa el esfuerzo de una persona sin descuidar la calidad de la salud. Obviamente, las instituciones privadas pueden optar a ser requeridas por los chilenos que desean asegurar su salud. Estas instituciones pueden ofrecer distintas calidades y precios, y cada individuo elegirá aquella combinación que maximice su utilidad dada su restricción de recursos.

Esto garantiza que se haga efectiva la demanda por mejor salud. El aporte fiscal será cero a un nivel de aporte suficientemente alto que asegure que el individuo puede financiar, sin intervención del Estado, su salud.

Esta medida asegura que el gasto del gobierno se localice en los sectores más pobres, ya que la mayor demanda de salud de los más ricos se reflejará en un mayor aporte y será fácil determinar quiénes no son beneficiarios del subsidio estatal.

Los recursos para financiar el nivel mínimo de salud deben contemplar los gastos de administración necesarios para entregar un nivel mínimo de salud y, si no son utilizados por el beneficiario, en su totalidad, quedar como utilidad de la gestión de los privados en la oferta de salud. Esto, justamente, incentivará la participación de los privados en el sector salud.

Además, dado que la atención primaria es menos costosa, los oferentes de salud tienen incentivos para realizar controles preventivos, aumentando las posibilidades de obtener utilidades, asegurando con ello una mejor salud de la población. Esto, como se mencionó anteriormente, no significa que se vaya a descuidar la atención especializada; los privados establecerán seguramente, convenios con hospitales para los casos que requieran atención de nivel secundario y terciario. Si ésta fuera descuidada, los individuos potencialmente, podrán cambiarse a otra oferente que les otorgue un plan que no descuide la atención especializada, resintiéndose de esta forma las ganancias del oferente de salud inicial, al contar con menos cuentas de salud. Por esta misma razón las instituciones aseguradoras de salud elegirán aquellos hospitales que les ofrezcan la mejor relación calidad-costos, lo que obviamente incentivará a los hospitales a seguir estrategias optimizadoras en el manejo presupuestario maximizando con ello la calidad de la salud.

Notará el lector que en el esquema de financiamiento propuesto la oferta pública de salud deja de recibir directamente los recursos para su funcionamiento. Es decir, se elimina todo nexo con el Ministerio de Salud, especialmente en lo que se refiere a asignación presupuestaria. El financiamiento debe ser recibido por los hospitales públicos a través de atenciones propias y convenios realizados con las ISAPRES u otras instituciones previsionales, las que les derivan aquellos pacientes que requieren de atención especializada. Para lograr cortar todo nexo entre los hospitales públicos y el Ministerio de Salud es necesario acabar con la dependencia funcional de éstos. El traspaso de consultorios de atención primaria a las municipalidades constituye ya un primer paso. En el nuevo esquema propuesto, estos consultorios probablemente tendrán ventajas comparativas para constituirse como instituciones similares a las ISAPRES. Para lograr una mayor eficiencia y competitividad entre estos consultorios primarios se puede optar por traspasar la propiedad desde las municipalidades al sector privado, esto es a la comunidad misma.

Los hospitales y consultorios de especialidades públicas pueden obtener su financiamiento a través de convenios con los consultorios primarios privatizados y las ISAPRES. Para evitar las presiones de parte de los hospitales y consultorios al Ministerio de Salud se puede optar por iniciar un capitalismo popular entre el personal médico de esas instituciones.

Ante estas proposiciones, muchos argumentarán que el Estado no puede descuidar su labor en el campo de la salud. Sin embargo, este esquema, lejos de descuidarla, está contribuyendo a mejorarla. Al otorgarles a los individuos la posibilidad de elegir libremente su plan, el Estado está posibilitando incrementar la calidad de la salud. El nivel de conocimiento del individuo acerca de su realidad concreta es muy superior a la de los administradores del Estado, y por esto puede tomar una mejor decisión que ellos. Esta toma de decisiones, al afectar patrimonialmente a los oferentes de salud, posibilitará que éstos se preocupen por la mayor relación calidad-costos. Un ejemplo de esto es lo que se mencionaba al comienzo de este trabajo. Dada la alta competitividad del sistema de ISAPRES, éstas han reinvertido durante los últimos cuatro años una cifra superior al 80% de sus utilidades, hecho que indudablemente apunta a un mejoramiento en la atención de salud.

A continuación se presenta un ejercicio teórico que refleja la forma de financiamiento propuesta. Se señalaba que el Estado debía cotizar un bono anual por persona que garantizase un nivel mínimo de salud. En opinión de los autores, ISAPRES como Promepart y Sudamérica ofrecen un conjunto de prestaciones médicas a una calidad bastante superior a la ofrecida por las instituciones públicas. Se podría establecer como un nivel mínimo de salud una canasta similar a la ofrecida por dichas instituciones y que es claramente superior a la establecida en la ley de salud. El costo promedio anual por persona de ese conjunto de prestaciones alcanza a \$ 16.160¹¹ (moneda noviembre 1988)

Esto sólo constituye un ejemplo de cómo operaría el esquema propuesto. El lector puede realizar análisis de sensibilidad y extraer sus propias conclusiones. Tal vez, el punto de mayor discusión lo constituya el 9% de aporte anual de los ingresos que se ha supuesto. Al respecto cabe señalar, que, como veíamos anteriormente, muchos cotizan obligatoriamente un 7% de sus remuneraciones y no lo utilizan, teniendo que incurrir en costos de salud en hospitales públicos o privados al momento de atenderse. Por otra parte, muchas familias optan por planes de salud en el sistema privado que le significan un desembolso superior al 7% legal. En este sentido, un 9% parece razonable.

Hay que tener presente que los \$ 66.667 millones que debe desembolsar el Estado significan una calidad promedio bastante superior a la

¹¹ Corresponde a una cifra actualizada de la entregada por Favio Valdés, vicepresidente de la Asociación de ISAPRES A.G., en el II Seminario de esta asociación, realizado el 1º de junio de 1987.

actualmente existente. Esto permitiría cubrir una calidad similar a la otorgada por Promepart y Sudamérica. Además, la competencia en el sector, que este esquema involucra, debería traducirse en menores costos, tanto para el Estado como para los individuos.

Determinación del Aporte Estatal a Salud con Subsidio a la Demanda (\$ noviembre 1988)

Número de Personas x Decil de Ingresos		Aporte Salud Per Cápita*	Aporte del Estado Por Persona**	Aporte del Estado Total*** (Millones de Pesos)
1	1.230.000	2.581	13.837	17.020
2	1.230.000	5.048	11.617	14.289
3	1.230.000	6.870	9.977	12.273
4	1.230.000	8.717	8.315	10.227
5	1.230.000	11.016	6.246	7.683
6	1.230.000	13.758	3.779	9.648
7	1.230.000	17.470	437	538
8	1.230.000	23.872	0	0
9	1.230.000	36.975	0	0
10	1.230.000	102.336	0	0
Total				66.667

* Se calculó tomando como base el ingreso monetario per cápita de la Encuesta Casen, (noviembre de 1987) y suponiendo que se destinaba en promedio un 9% de los ingresos anuales per cápita a salud. El ingreso monetario fue corregido por subdeclaraciones y aumento real del 7,6% entre noviembre de 1987 y noviembre de 1988. La información se presenta en moneda de noviembre de 1988.

** Se supuso que por cada peso que aporta el beneficiario, el Estado retira 90 centavos de su aporte. Ello implica que el Aporte Estatal se calcula como $16.160 - 0.9x$ (Aporte Individual).

*** Se calcula multiplicando el número de personas por decil por el aporte del Estado.

5. Conclusiones

El presente trabajo ha tenido como objetivo el desarrollo de las instituciones de salud previsional y proponer un nuevo esquema de financiamiento de la salud, en general. En este contexto, el ejercicio numérico presentado es sólo una aproximación teórica al funcionamiento y costo que dicho esquema significaría. Por ello, no pretende ser conclusivo. De hecho,

en la determinación de los recursos que deben ser asignados al sector influyen en forma importante juicios de valor. Estos están relacionados con la canasta mínima de salud, a la que toda la población debería tener acceso, y la forma de financiarla. En Chile se ha asumido que debe ser el Estado el que debe cumplir esta última función.

Ahora bien, el Estado tiene múltiples alternativas de concurrir al financiamiento del área salud. Las distintas alternativas se pueden clasificar en dos grupos: 1) los subsidios directos al oferente de salud y 2) los subsidios a la demanda. El segundo mecanismo, que puede operar con *vouchers*, bonos o seguros de salud, es claramente superior al primero en términos de eficiencia. En este sentido, no existe un conflicto entre eficiencia económica y eficiencia médica, como en algunas ocasiones se plantea. Lo que se está señalando es que para ofrecer igual calidad de salud el primer sistema de organización, subsidios directos al oferente de salud, utiliza más recursos que el segundo. La razón de ello es que los subsidios a la demanda fomentan la competencia. Esta, a su vez, contribuye a la eficiencia.

Los mecanismos a través de los cuales se produce la mayor eficiencia son diversos. En general, un individuo no conoce o no está preocupado de las tarifas de los hospitales y de los profesionales de la salud, ni del número apropiado de procedimientos ambulatorios. Y menos del número óptimo¹² de camas en un hospital o de equipamiento sofisticado en un área. En cambio, las instituciones de salud previsual o instituciones similares tienen claros incentivos para contener costos y controlar así el tratamiento a sus pacientes y evaluar si éste es el apropiado. Ello, porque aquellas instituciones más efectivas en reducir el escalamiento de costos ofrecerán un precio relativo más bajo por su plan de salud, lograrán captar más cotizantes y les irá mejor.

Asimismo, si el funcionamiento de los hospitales no depende de sus clientes, sino que es determinado anualmente por una autoridad central, no tendrán incentivos para contener costos, ya que no "compiten" por pacientes. Más bien, su objetivo se centrará en convencer al burócrata de turno que su presupuesto es superior a lo otorgado, lo que hace necesaria la entrega de recursos adicionales.

Son estas razones las que hacen de un sistema de financiamiento a la demanda mucho más conveniente para el sector de la salud. La competencia favorece claramente a este sector; detiene, por un lado, el gasto

¹² Cuando se usa la palabra óptimo o apropiado nos estamos refiriendo al punto después del cual el beneficio marginal de los servicios de salud es cero.

excesivo de recursos y, por otro, aumenta los planes de salud disponibles para los habitantes de una sociedad, de forma tal que éstos puedan elegir aquel que más les satisfaga.

Una última reflexión. Todos los recursos que se destinan a un área siempre serán considerados insuficientes; pero no debe olvidarse que los recursos son escasos y si se asigna a un sector un monto de ellos, éstos dejan de asignarse a otro sector. Siempre puede pensarse que si se necesitan más recursos, el Estado puede intervenir elevando los impuestos. Esto, sin embargo, reduce el crecimiento económico de un país, restringiendo las posibilidades de toda la población y creando con ello otros problemas. La capacidad del Estado para ayudar no es infinita; por el contrario, es mucho más limitada de lo que se piensa.

ANEXO N° 1

La varianza de un portfolio compuesta por un conjunto de activos riesgosos puede representarse por:

$$\text{VAR} (R_p) = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n w_i w_j \Delta_{ij} \quad 1)$$

En que

R_p = Retorno del portfolio

Δ_{ij} = La relación entre los retornos de los distintos activos.

$w_i w_j$ = Participación dentro del portfolio de los activos i y j.

Suponiendo igual participación de los activos en el portfolio

$$w_i = w_j = \frac{1}{N}$$

en que N = número total de activos.

se tiene que:

$$\begin{aligned} \text{VAR} (R_p) &= \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n \frac{1}{N} \cdot \frac{1}{N} \angle_{ij} = \\ &= \frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n \angle_{ij} \end{aligned} \quad 2)$$

$$\text{VAR} (R_p) = \frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^n \angle_{ii} + \frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^n \sum_{\substack{j=1 \\ i \neq j}}^n \angle_{ij} \quad 3)$$

El primer término de la ecuación 3) puede reducirse a:

$$\frac{N \angle_{ii}}{N^2} = \frac{\angle_{ii}}{N}$$

el segundo término requiere de desagregación

sea $\overline{\angle}_{ij}$ la covarianza promedio entre activos

Existen ($N^2 - N$) términos de covarianza iguales a $\overline{\angle}_{ij}$

entonces el segundo término de la ecuación 3) puede escribirse como:

$$\frac{1}{N^2} (N^2 - N) \overline{\angle}_{ij} = \frac{N^2}{N^2} \overline{\angle}_{ij} - \frac{N}{N^2} \overline{\angle}_{ij}$$

o bien

$$\frac{\overline{\Delta_{ij}} - \overline{\Delta_{ij}}}{N}$$

la ecuación 3) queda reducida a

$$\text{VAR} (R_p) = \frac{\Delta_{ii}}{N} + \overline{\Delta_{ij}} - \frac{\overline{\Delta_{ij}}}{N}$$

siendo los activos independientes entre sí, vale decir, $\overline{\Delta_{ij}} = 0$
formando un portfolio muy grande en cuanto al número de activos, es decir,
tendiendo N a infinito, se tiene:

$$\begin{aligned} \text{VAR} (R_p) &= 0 \\ \lim_{N \rightarrow \infty} & \end{aligned}$$

es decir el riesgo del portfolio tiende a desaparecer. \square